



# Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

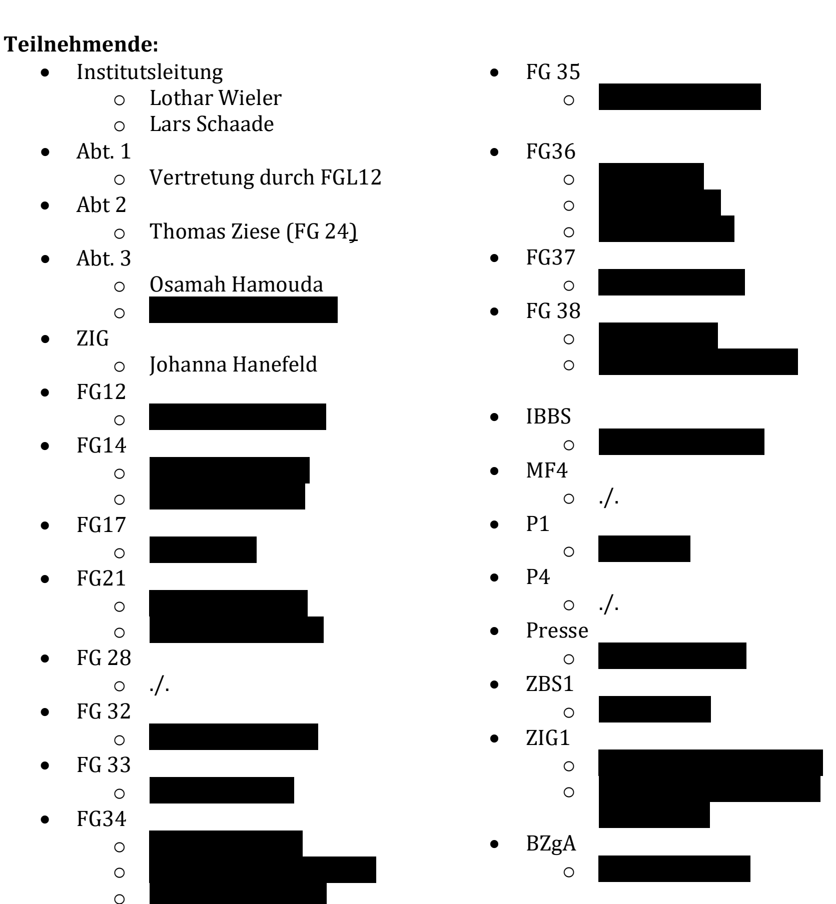
Ergebnisprotokoll

*(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)*

| | |
|---|---|
| ***Anlass:*** | Neuartiges Coronavirus (COVID-19) |
| ***Datum:*** | *12.03.2021, 11:00 Uhr* |
| ***Sitzungsort:*** | |

**Moderation: Lars Schaade**

**Teilnehmende:**



- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Vertretung durch FGL12
- Abt 2
  - Thomas Ziese (FG 24)
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  -
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  -
- FG14
  -
  -
- FG17
  -
- FG21
  -
  -
- FG 28
  - ./.
- FG 32
  -
- FG 33
  -
- FG34
  -
  -
  -
- FG 35
  -
- FG36
  -
  -
  -
- FG37
  -
- FG 38
  -
  -
- IBBS
  -
- MF4
  - ./.
- P1
  -
- P4
  - ./.
- Presse
  -
- ZBS1
  -
- ZIG1
  -
  -
- BZgA
  -

| TOP | Beitrag/Thema | eingebracht von |
|---|---|---|
| 1 | **Aktuelle Lage**<br>**International (nur freitags)**<br>• Folien hier<br>• 117.799.584 Fälle (+8,3% im Vgl. zur Vorwoche)<br>• 2.615.018 Todesfälle (2,2% CFR)<br>• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle – unverändert:<br>  ○ USA, BRA, FRA, ITA, IND, POL, TUR, CZE, RUS, IRN<br>  ○ IRN und DEU wechseln sich je nach Tag auf Platz 10 ab<br>• 7TI je 100.000 EW (11.03.2021):<br>  ○ am höchsten in Ländern Amerikas und Europas<br>• WHO-Regionen (WHO Epidemiological Update 09.03.3021)<br>  ○ 7T-Inzidenz im Vgl. zu Vorwoche: Aufwärtstrend in allen WHO-Regionen, v.a. Ozeanien<br>  ○ 7T-Todesfälle im Vgl. zu Vorwoche: Abwärtstrend in allen WHO-Regionen außer in Ozeanien<br>• VOC B.1.1.7:<br>  ○ in 105 Ländern;<br>  ○ davon 5 Virusvarianten-Risikogebiete (VV-RG): IRL, POR, SVK, CZE, UK<br>• VOC B.1.351:<br>  ○ in 58 Ländern;<br>  ○ davon VV-RK: Botswana, Eswatini, Lesotho, Malawi, Mozambik, Österreich (Tirol), Sambia, Simbabwe, Südafrika, Moselle in Grand Est (Frankreich);<br>  ○ unter Beobachtung: Afrika (u.a. Angola, Burundi, Ghana, Kenia, Namibia, Nigeria, Ruanda, Tansania)<br>• VOC P.1.:<br>  ○ in 32 Ländern, v.a. in Europa und Amerika;<br>  ○ VV-RG: BRA;<br>  ○ unter Beobachtung: Südamerika<br>• Frage: Inwiefern besteht eine Korrelation zwischen Staaten mit Fallzahl-Zunahme und VOC-Vorkommen? – Antwort: unklar, v.a. wegen unterschiedlicher Sequenzierungsaktivitäten.<br>• Anmerkung: Gesundheitsämter fragen vermehrt bei RKI an zum Umgang mit VOC und Reisenden. – Länder sollen mit BMG darüber sprechen, z.B. bei AGI und/ oder GMK. | ZIG1 |
| | **National**<br>• **Fallzahlen, Todesfälle, Trend**<br>  ○ Folien hier<br>  ○ SurvNet übermittelt:<br>    ▪ 2.545.781 (+12.834), davon 73.062 (+252) Todesfälle;<br>    ▪ 7-Tage-Inzidenz 72/100.000 EW<br>  ○ Impfmonitoring:<br>    ▪ Geimpfte mit einer Impfung 5.978.551 (7,2%),<br>    ▪ mit 2 Impfungen 2.738.103 (3,3%)<br>  ○ DIVI-Intensivregister: | FG32 |

| | | |
|---|---|---|
| | - 2.813 (-10) Fälle in Behandlung<br>- 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum<br>  - Manche BL ansteigend: TH, BY<br>  - Stabil: RP, SH<br>  - Insgesamt ansteigender Trend<br>- Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreisen<br>  - Sehr heterogenes Bild<br>  - Hohe Inzidenz in Landkreisen an Grenze zu Tschechien (SN, TH, BY)<br>- Trends:<br>  - Kein einheitliches Bild<br>  - Zunahme v.a. im Süden (BW, BY)<br>  - Z.T. Zunahme in einem Landkreis und Abnahme in benachbartem Landkreis<br>- Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche<br>  - Liegt jetzt unterhalb des Durchschnitts der Vorjahre – Bezugszeitraum: 2017-2020<br>  - Mögliche Gründe: wahrscheinlich Effekt von Impfungen bei Ü80; Destatis hat in Vorjahren nicht korrigiert für Übersterblichkeit aufgrund von Saisonaler Influenza und COVID-19 1. Welle im Frühjahr 2020<br>  - Frage/ Diskussion: Inwiefern auch Effekt, weil Gesundheitsämter nicht informiert werden oder nicht nachkommen mit Melden? Darstellung im Lagebericht? – Anmerkungen: verschiedene Systeme vorhanden und im Lagebericht vorhanden, z.B. Syndromische Surveillance wöchentlich; Hospitalisierungsdaten auch publiziert; Parameter mit ca. 1 Woche Zeitverzug. Vorschlag: Darstellung im Lagebericht mit grauem Balken für letzte Woche mit Hinweis auf Unsicherheit und Nachmeldungen. Entscheidung: ab nächster Woche, möglichst täglich.<br><br>*TO DO [kommuniziert am 14.03.2021 von Lagezentrum an [geschwärzt] [geschwärzt] mit Bitte um Berücksichtigung]: Abbildung zu Todesfällen nach Sterbewoche in Lagebericht aufnehmen, möglichst täglich.* | [geschwärzt] u.a. |
| | - **Entwicklung 7T-Inzidenz B.1.1.7 und non-B.1.1.7**<br>  - Folie hier<br>  - Wo B.1.1.7 vorkommt: 7TI mit exponentiellem Wachstum; wo B.1.1.7. nicht vorkommt: 7TI rückläufig<br>  - Beide Trends überlagern sich. 7TI in Summe leicht ansteigend, wird in kommenden Wochen stärker ansteigen, auch wenn jetzt noch nicht zu sehen ist.<br>  - Gute Datenlage; entspricht dem, was im Modell von [geschwärzt] [geschwärzt] prognostiziert wurde.<br>  - Kommentar, Zustimmung: RKI soll nach außen verdeutlichen, dass Anstieg der Fallzahlen nicht aufgrund mehr Antigen-Tests zu beobachten ist, u.a. im Lagebericht. | FG 34 [geschwärzt] |
| | - **Testkapazität und Testungen** **(mittwochs)** | |

| | | |
|---|---|---|
| | ○ (nicht berichtet)<br><br>• **Syndromische Surveillance (mittwochs)**<br>○ (nicht berichtet)<br><br>• **Virologische Surveillance, NRZ-Influenza Daten (mittwochs)**<br>○ (nicht berichtet)<br><br>• **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)**<br>○ (nicht berichtet) | |
| **2** | **Internationales**<br>• Mission nach Montenegro: 1. kurze Mission vor Ostern für Diagnostik im Norden; 2. größere Mission voraussichtlich in 3. April-Woche, dann evt. Impfstoff-Einführung begleiten, ggf. Abt. 3 einbinden<br>• Mission nach Usbekistan: zusammen mit IBBS mit Charité; Telemedizin i.R.v. COVID-19-Fallmanagement<br>• Westbalkan: Anfrage zur Unterstützung bei Kommunikation zum Thema Impfen; FG33 unterstützt bei virtueller Beratung; eigentlich Unicef aktiv bei Kommunikation zu Impfskepsis, aber an deutsche Botschaften herangetreten mit Argument, Deutschland könne hier Vertrauen schaffen.<br>• Projekt zu Sequenzierung von SARS-CoV-2 in versch. Ländern: Protokoll in Abstimmung mit FLI u.a.<br>• GHPP – Corona Global: Diese Woche Reviews ad hoc umgesetzt.<br>• GHPP – Phase 1 und Phase 2: BMG hat informell mitgeteilt, dass 2. Phase verschoben wird (Beginn erst 2023, nicht 2022); Ausschreibung im Frühjahr 2022. Die 1. Phase wird entsprechend um 1 Jahr verlängert (2022, „COVID-Verlängerung“). | ZIG<br>[redacted] |
| **3** | **Update digitale Projekte (nur montags)**<br>• (nicht berichtet) | |
| **4** | **Aktuelle Risikobewertung**<br>• Text im Lagebericht wird angepasst auf Q1/2021 statt Q4/2020. (Dokument hier)<br>• Diskussion: Hinweis auf 3. Welle und Risikobewertung bereits jetzt anpassen und deutlicher kommunizieren oder noch nächste Woche abwarten, bis Trend deutlicher zu sehen? Bedürfnis in Bevölkerung nach Lockerungen, Familienbesuche zu Ostern etc. vs. bereits aufkommende 3. Welle; wenn später kommunizieren, dann politische Entscheidungen noch später – ungünstige Situation und Befürchtung, dass Schaden entsteht. Entscheidung: heute und Mo., 15.03., durchdenken; nächste Woche anpassen.<br><br>*TO DO [Anmerkung Lagezentrum: Entwurf liegt bereits vor – siehe E-Mail vom 13.03.2021, 17:40 Uhr]:*<br>*FG36 / [redacted] erstellt Entwurf bis Mo., 15.03.2021, 13:00 Uhr.* | [redacted] |

<table>
<tr><td>5</td><td>

**Kommunikation**

**BZgA**
- Social Media – anhand von Nachfragen und Kommentaren 3 Themen im Fokus und beobachtet:
  - 1. Impfen – Nebenwirkungen von Impfungen
  - 2. Impfen – Priorisierung, insb. Prio-Gruppe 3
  - 3. Tests.
- Advertorial
  - U.a. Abstimmung mit [geschwärzt]
  - Erst in Tageszeitungen, dann crossmedial in Print und digital, insb. auch Social Media
  - Frage: Inwiefern wird Zuhause-Bleiben bei Symptomen adressiert? Antwort: Nicht explizit, sondern AHA allgemein.

**Presse**
- Anfrage von dpa wegen Abbildung im Lagebericht (Folie hier): Sternchen mit Hinweis, dass Testkriterien geändert, insb. weil nun wieder geändert, aber kein 2. Sternchen.
  - Vorschlag: Sternchen in Abbildung weglassen und Hinweis im Lagebericht im Fließtext einbauen. Entscheidung: Zustimmung.
- Lagebericht – Teil zu Tests: Insgesamt sehr lang, aber ordnet wenig ein.
  - Vorschlag: mehr erläutern, statt nur Zahlen zu nennen, insb. erklären, inwiefern geänderte Testkriterien tatsächlich dazu führen, dass Zahlen nicht vergleichbar seien, und Hinweis zu Effekt von Antigen-Test. – Abt. 3: ist bereits in Überarbeitung. Entscheidung: Lagebericht anpassen, aber EpidBull hat Priorität.

*TO DO [Lagezentrum geht davon aus, dass EpiBull Artikel in Arbeit ist – keine weitere Aufforderung, MadH 14.03.2021]:*
*EpidBull nächste Woche publizieren; danach (spätestens übernächste Woche) Lagebericht anpassen.*

**Risiko-Kommunikation**
- (nicht berichtet)

*Todo: Bitte von [geschwärzt]: P1 bitte immer anwesend sein.*
*[Lagezentrum hat P1 erinnert am 14.03.2021, [geschwärzt]]*

</td><td>

BZgA [geschwärzt]

Presse [geschwärzt]

P1

</td></tr>
<tr><td>6</td><td>

**RKI-Strategie Fragen**

**a) Allgemein**
- **Kommunikation zu Ostern und anderen bevorstehenden religiösen Anlässen**
  - Kommunikation von P1, [geschwärzt], vorbereitet; angelehnt an Kommunikation vor Weihnachten 2020,
  - insb. Verhaltensmaßregeln aufgearbeitet: Vorquarantäne und Bilden von Social Bubbles; evt. in Kombination mit Testen
  - Frage an BZgA: Was konkret an Kommunikation geplant?

</td><td>

FG36 [geschwärzt]

BZgA [geschwärzt]

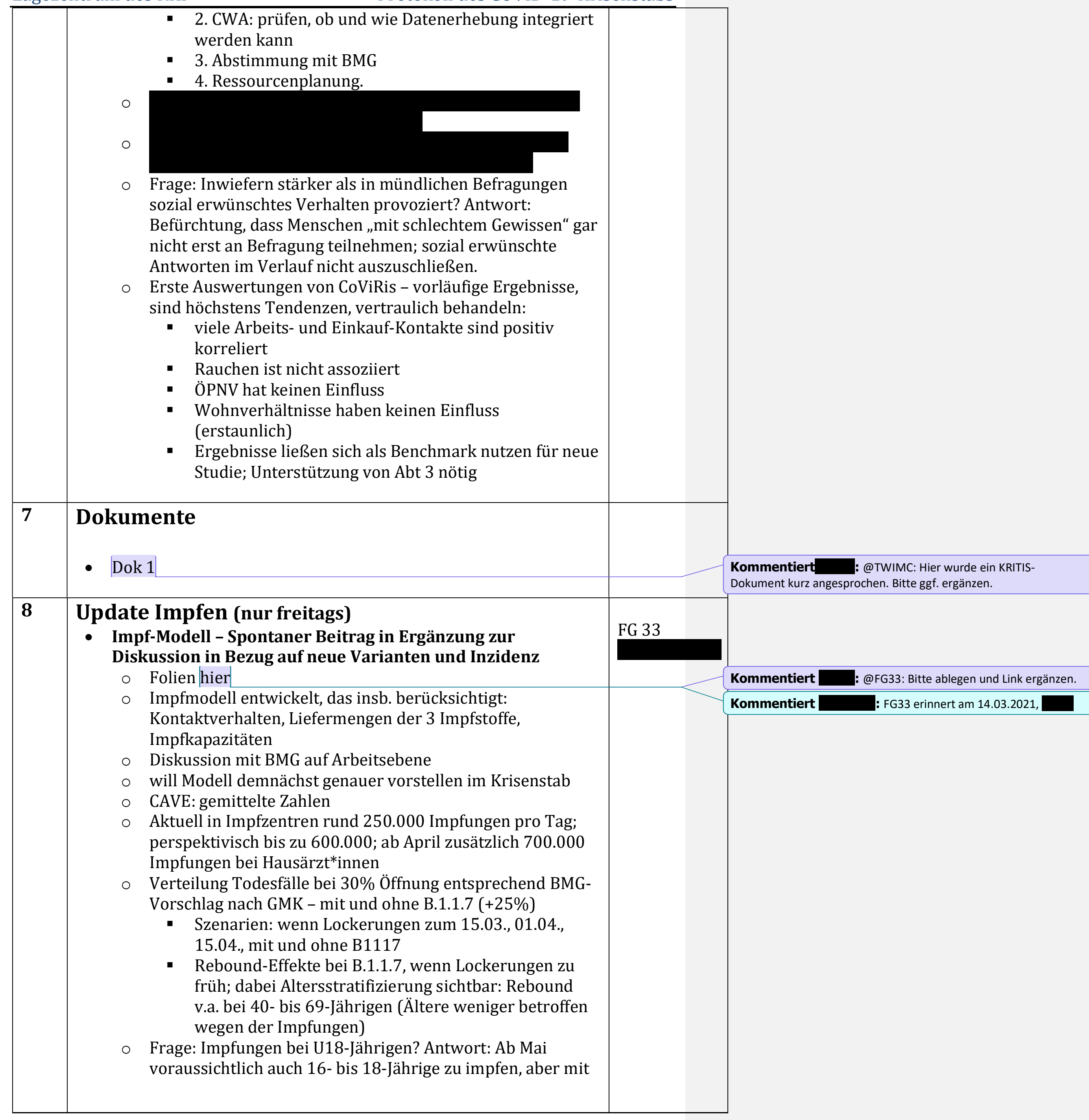
</td></tr>
</table>

    - Reaktivieren die Kommunikation von Ostern 2020 und Advent/ Weihnachten 2020 – wird an aktuelle Situation angepasst, auch in Hinblick auf die Frage, was Testen leisten kann und was nicht.
    - Übersetzungen in Vorbereitung
  - Frage an P1: Wie ist der Stand des RKI-Informationsblatts (noch unvollständig)?
    - *(nicht geklärt – auf Wiedervorlage)*
  - Anmerkungen/ Diskussion: bei Symptomen und negativem Test weitere Abklärung der zugrundeliegenden Ursache nötig und Appell, zu Hause zu bleiben; auch Appell, zu Hause zu bleiben, wenn symptomatisch und sich nicht testen lassen (wollen)

**b) RKI-intern**

FG35 ,
FG21

- **Studienvorschlag: Nutzung der Corona-Warn-App für Assoziationsstudien zu COVID-19 (CoViRiS-CWA)**
  - Folien hier
  - CoViRiS – Fall-Kontroll-Studie
    - läuft moderat, v.a. weil von Gesundheitsämtern abhängig; GÄ fühlen sich stark belastet durch Studie, sodass viel Überzeugungsarbeit nötig, damit GÄ mitmachen.
    - hoher dropout wegen Datenschutzanforderungen
    - starke Verzögerung, ca. 4 Wochen nach Testung
    - methodische Probleme durch Maßnahmen-Änderungen (z.B. Kontrollpersonen gehen jetzt zum Friseur)
  - Vorschlag: weitere Studie mit Fall- und Kontroll-Rekrutierung durch CWA
    - FG35 in Kontakt getreten mit FG21
  - Vorteile: unabhängig von ÖGD; weniger Verzögerungen
  - CoMolo u.a. nicht praktikabel (auch als Antwort auf eine Bitte vor einigen Wochen im Krisenstab
  - Fall-Befragung
    - Warnende CWA-Nutzer sollen zu Online-Fragebogen geleitet werden, der selbst auszufüllen ist, 2 Tage nach der Warnung
    - Online-Fragebogen muss kürzer sein (max. 15 min – statt Fragen für bis zu 50 min mündliche Befragung); deswegen verschiedene Versionen je nach Fall-Kategorisierung, z.B. Verdacht auf Impfdurchbruch, Medizinisches Personal, nach Auslandsreise; u.U. auch Follow Up möglich, z.B. nach 6 Wochen
  - Kontroll-Befragung von negativen CWA-Nutzern
    - Datenbank-Füllung nach Matching-Kriterien - aufwändig
    - Fall-Kontroll-Verhältnis z.B. 1 zu 4
  - Herausforderungen (z.B. gutes Fall-Kontroll-Verhältnis) und Chancen – siehe Folien
  - Nächste Schritte:
    - 1. Prüfen, was mit CoMolo-Daten möglich ist



| | | |
|---|---|---|
| | ▪ 2. CWA: prüfen, ob und wie Datenerhebung integriert werden kann<br>▪ 3. Abstimmung mit BMG<br>▪ 4. Ressourcenplanung.<br>○ [geschwärzt]<br>○ [geschwärzt]<br>○ Frage: Inwiefern stärker als in mündlichen Befragungen sozial erwünschtes Verhalten provoziert? Antwort: Befürchtung, dass Menschen „mit schlechtem Gewissen“ gar nicht erst an Befragung teilnehmen; sozial erwünschte Antworten im Verlauf nicht auszuschließen.<br>○ Erste Auswertungen von CoViRis – vorläufige Ergebnisse, sind höchstens Tendenzen, vertraulich behandeln:<br>▪ viele Arbeits- und Einkauf-Kontakte sind positiv korreliert<br>▪ Rauchen ist nicht assoziiert<br>▪ ÖPNV hat keinen Einfluss<br>▪ Wohnverhältnisse haben keinen Einfluss (erstaunlich)<br>▪ Ergebnisse ließen sich als Benchmark nutzen für neue Studie; Unterstützung von Abt 3 nötig | |
| **7** | **Dokumente**<br>• Dok 1 | |
| **8** | **Update Impfen (nur freitags)**<br>• **Impf-Modell – Spontaner Beitrag in Ergänzung zur Diskussion in Bezug auf neue Varianten und Inzidenz**<br>○ Folien hier<br>○ Impfmodell entwickelt, das insb. berücksichtigt: Kontaktverhalten, Liefermengen der 3 Impfstoffe, Impfkapazitäten<br>○ Diskussion mit BMG auf Arbeitsebene<br>○ will Modell demnächst genauer vorstellen im Krisenstab<br>○ CAVE: gemittelte Zahlen<br>○ Aktuell in Impfzentren rund 250.000 Impfungen pro Tag; perspektivisch bis zu 600.000; ab April zusätzlich 700.000 Impfungen bei Hausärzt*innen<br>○ Verteilung Todesfälle bei 30% Öffnung entsprechend BMG-Vorschlag nach GMK – mit und ohne B.1.1.7 (+25%)<br>▪ Szenarien: wenn Lockerungen zum 15.03., 01.04., 15.04., mit und ohne B1117<br>▪ Rebound-Effekte bei B.1.1.7, wenn Lockerungen zu früh; dabei Altersstratifizierung sichtbar: Rebound v.a. bei 40- bis 69-Jährigen (Ältere weniger betroffen wegen der Impfungen)<br>○ Frage: Impfungen bei U18-Jährigen? Antwort: Ab Mai voraussichtlich auch 16- bis 18-Jährige zu impfen, aber mit | FG 33<br>[geschwärzt] |

**Kommentiert** [geschwärzt]: @TWIMC: Hier wurde ein KRITIS-Dokument kurz angesprochen. Bitte ggf. ergänzen.

**Kommentiert** [geschwärzt]: @FG33: Bitte ablegen und Link ergänzen.

**Kommentiert** [geschwärzt]: FG33 erinnert am 14.03.2021, [geschwärzt]

Impfstoff für (noch) jüngere Altersgruppen ist nicht vor Herbst zu rechnen.

- Anmerkungen: Lockerungen werden von Bevölkerung vorweggenommen – selbst was noch nicht beschlossen ist, wird bereits gelebt.
- Frage: Modellierung auch auf Ziel, Gesundheitssystem nicht zu überlasten, nicht nur auf Ziel, Todesfälle zu verhindern? Insb. in Hinblick darauf, dass jetzt vermehrt Lehrer*innen geimpft werden und weniger die Älteren. – Antwort: Ja, 4 Outcomes im Modell; ähnliche Rebound-Effekte und Altersgruppen.
- Anregungen:
  - von FG17: evt. auch erhöhte Fallsterblichkeit mit ins Modell einbeziehen, siehe BMJ
  - von FG36: auch Anteil-Steigerung berücksichtigen

FG 33

*TO DO [FG33 per E-Mail erinnert, 14.03.2021]:*
*@FG33: Präsentation der Modellierung nächste Woche im Krisenstab.*

- **Update STIKO**
  - Astra Zeneca: Altersgrenze herausnehmen; Abstand von 12 Wochen zwischen beiden Dosen empfehlen
  - Impfung von Genesenen: selbst wenn asymptomatisch waren, 1 Impfdosis ausreichend.
  - RKI-Merkblatt ist entsprechend anzupassen – eilt

FG 33

*TO DO [keine Erinnerung, gehe davon aus, dass das erfolgt ist, 14.03.2021]:*
*Aktualisierte Merkblätter noch heute (Fr., 12.03.2021) an Länder schicken.*

- **Thromboembolien nach AstraZeneca-Impfungen**
  - Dänemark hat Impfprogramm für AstraZeneca ausgesetzt, andere Länder nachgezogen, zumindest für betroffene Charge.
  - PEI hat bereits Stellungnahme bzw. Pressemitteilung publiziert (siehe hier)
  - in DEU 11 Verdachtsfälle, davon 3 verstorben, v.a. Frauen betroffen. 11 Fälle auf 1,2 Mio. Geimpfte, war zu erwarten; Hintergrund-Inzidenz eigentlich sogar höher als das, was bei Geimpften zu sehen. Wird geprüft.

| | | |
|---|---|---|
| | ○ Medien kommunizieren auch weitestgehend, dass dies als Vorsichtsmaßnahme geschieht.<br>○ Anmerkungen: evt. auch Blutgruppe als Risikofaktor berücksichtigen.<br><br>• **Diskussion: Tests, Impfungen, 3. Welle**<br>○ [geschwärzt]: in BPK v.a. Fragen zu Anzahl der Tests und Impfungen – nicht nach 3. Welle. Bitte, dem etwas entgegenzusetzen und gute Sprachregelung zu finden, z.B. Papier zu Aussagekraft der Tests. Einbringen in BPK nächste Woche.<br>○ Anmerkungen:<br>▪ Online-Medien berichten über 3. Welle; Botschaft sicher angekommen.<br>▪ Aktuell vorliegende Meldedaten: Weniger als 1% der PCR-bestätigten Fälle durch vorangegangenen positiven Antigen-Test ausgelöst, laut Angaben der GÄ<br>▪ Selbsttests: Liegt in Hand der Länder.<br><br>*TO DO [keine Erinnerung, gehe davon aus, dass Abt.3 dies am Schirm hat]:*<br>*@Abt. 3: Manuskript für EpidBull bzw. Argumentationspapier zu Tests.* | Leitung<br>[geschwärzt] |
| 9 | **Labordiagnostik**<br>• **FG 17**<br>○ 701 Proben i.d. letzten 4 Wochen, davon 40 SARS-CoV-2 positiv ( Sequenzierung ongoing, KW 7-8: 47% B.1.1.7 )<br>○ 110 positiv für Rhinovirus (Anstieg i.d. letzten 2 Wochen verzeichnet)<br>○ Saisonales Coronavirus (NL63): 27 Nachweise<br>○ Kein RSV, kein HMPV, keine Saisonale Influenza<br>○ 1 Influenza-Probe von Labor Berlin erhalten, stammt von Reiserückkehrer aus Pakistan (Linie B Victoria, Charakterisierung ongoing)<br>• **ZBS 1**<br>○ 771 Proben getestet, 295 positiv (38%); stabil wie in Vorwochen<br>○ 55 Sequenzierungen | FG17<br>[geschwärzt]<br><br>ZBS 1<br>[geschwärzt] |
| 10 | **Klinisches Management/Entlassungsmanagement**<br>• **Strategische Fallverlegung**<br>○ Slowakei nach NRW: funktioniert, aber schleppend<br>○ Tschechien nach DEU: keine Verlegungen geplant, auch nicht per EWRS angefragt<br>○ Slowenien hat angeboten, Fälle aufzunehmen<br>○ Achtung: Slowenien und Slowakei bitte nicht verwechseln sowie Angebot und Nachfrage.<br>○ Beobachtung/ individueller Eindruck, dass Verläufe bei Jüngeren dramatischer verlaufen. Insofern auch großes Interesse an Modellierungen von FG33 und Wunsch, sowohl Krankenhäuser vorzuwarnen als auch langfristigeren Blick auf Fallzahlen (10+ Tage) zu haben. | IBBS<br>[geschwärzt] |

**Kommentiert** [geschwärzt] @ZBS 1: Bitte vervollständigen. (Wegen Audioproblemen lückenhaft.) Danke.

**Kommentiert** [geschwärzt] ZBS1 [geschwärzt]) erinnert am 14.03.2021, [geschwärzt]

**Kommentiert** [geschwärzt]**]:** Davon 51 als B117 identifiziert

| | | |
|---|---|---|
| | • **Soziodemographische Faktoren für schweren Verlauf**<br>  ○ (Verschoben)<br><br>• **Paper Lancet Resp Med – ICU admissions**<br>  ○ kein Diskussionsbedarf, keine Handlungskonsequenz | IBBS<br>█████ |
| **11** | **Maßnahmen zum Infektionsschutz**<br>• (nicht besprochen) | Alle |
| **12** | **Surveillance**<br>• **Erwähnung COVID-10 in IfSG §34 >> Wiederzulassungsratgeber**<br>  ○ Anfrage aus Berlin<br>  ○ Wird mit Rechtsreferat und in EpiLag diskutiert | FG32<br>█████ |
| **13** | **Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)**<br>• Sinnhaftigkeit der Virusvarianten-Risikogebiete früher angesprochen<br>• Diskussion aus AGI: Tests sollen zur Verfügung gestellt werden nicht nur für Personen mit Wohnsitz in DEU, sondern für alle<br>• Corona SchutzVO: verlängert bis 31.03.2021<br>• MusterQuarantäneVO: 7. Neuauflage – Entwurf am 08.03. an Länder, im Krisenstab zirkuliert | FG38<br>█████ |
| **14** | **Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)**<br>• Momentan schwierig, Schichten zu besetzen<br>• Jene, die noch wenige Schichten hatten, werden gezielt angesprochen<br>• Anmerkung: Wunsch von █████, bitte die Vorgesetzten bei Anfragen einzubeziehen<br>• [An █████ und █████ kommuniziert, █████ 14.03.2021] | FG38<br>█████ |
| **15** | **Wichtige Termine**<br>• Austausch bezüglich Strategien und Indikatoren zur Erkennung von Varianten (TN █████ (FG36), █████ (INIG), █████ (INIG))<br>• Austausch zum Thema Testen (organisiert vom BMG) | Alle |
| **16** | **Andere Themen**<br>• **Patentschutz**<br>  ○ RKI als nationales PHI mit internationalen Aktivitäten möge bitte diskutieren und Haltung entwickeln, wie zu Diskussion um Patentschutz bzw. Aufhebung von Patentschutz für COVID-19-Impfstoffe steht.<br>  ○ L. Schaade: evt. nicht im Krisenstab diskutieren, sondern in kleinerer Runde mit Leitung.<br>  ○ Entscheidung: vertagt. | FG37<br>█████ |

| | | |
|---|---|---|
| | • **Nächste Sitzung**<br>○ Montag, 15.03.2021, 13:00 Uhr, [redacted] | |

**Sitzungsende: 12:55 Uhr.**